Série 6. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 2.

DE LA PLEURÉSIE

DANS LA GROSSESSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Bordeaux, le 14 Décembre 1883

PAR

Justin-Alexandre CAMENTRON

Élève du Service de Santé Militaire, Interne des Hôpitaux civils de Toulouse

Né à THIL (Landes), le 12 Mai 1859

Examinateurs de la Thèse : MM. MOUSSOUS, Président.
LANELONGUE, Professeur.
RONDOT, } Agrégés
LEFOUR, }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

TOULOUSE

IMPRIMERIE VIALELLE ET Cie, RUE TRIPIÈRE, 9

1883

Série 6. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 2.

DE LA PLEURÉSIE

DANS LA GROSSESSE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Bordeaux, le 14 Décembre 1883

PAR

Justin-Alexandre CAMENTRON

Élève du Service de Santé Militaire, Interne des Hôpitaux civils de Toulouse

Né à THIL (Landes), le 12 Mai 1859

Examinateurs de la Thèse : MM. MOUSSOUS, Président.
LANELONGUE, Professeur.
RONDOT, LEFOUR, Agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

TOULOUSE

IMPRIMERIE VIALELLE ET Cie, RUE TRIPIÈRE, 9

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. DENUCÉ. . . . . Doyen.

PROFESSEURS

Anatomie.	MM.	BOUCHARD.
Physiologie.		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		DE FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale.		MORACHE.
Médecine expérimentale.		JOLYET.
Matière médicale.		PERRENS.
Clinique médicale.		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale.		DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale.		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGREGES EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. PIÉCHAUD	MM. PÉRIER
RONDOT	LAGRANGE	CARLES
ARTIGALAS	DUDON	BLAREZ
LANDE	DEMONS	BERGONIÉ
BOURSIER	TESTUT	
LEFOUR	PLANTEAU	

MAITRES DE CONFERENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle . .	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements. . . .	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants.	MM. NÉGRIÉ
Clinique chirurgicale des enfants.	BITOT
Maladies vénériennes	VENOT
Maladies mentales	TAGUET

Le Secrétaire de la Faculté,

F. LAMBERT DES CILLEULS

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses lui qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

À ma Grand'Mère

À mon Père -- À ma Mère

À mes Parents

À mes Amis

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MOUSSOUS

Chevalier de la Légion d'honneur.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ECOLE DE TOULOUSE

A M. LE DOCTEUR MATHIS

Médecin principal de première classe,
Directeur du service de santé du 17e corps d'armée
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur de l'ordre du Nicham.

À MES COLLÈGUES DE L'INTERNAT DE TOULOUSE

INTRODUCTION

Durant les trois années que nous avons passées comme interne dans les hopitaux civils de Toulouse, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des maladies aiguës survenant chez des femmes enceintes ; affections que, dans son *Traité pratique des Accouchements*, Charpentier a classées dans un chapitre spécial, sous le nom de ***Maladies survenant chez la femme enceinte, et indépendantes de la grossesse.***

Le fait de la coïncidence de ces maladies, avec la gravidité, nous a intéressé surtout au point de vue de l'influence de ces maladies sur l'évolution de la grossesse, et de la marche qu'elles ont prise sous l'influence de l'état gravidique.

Nous avons ainsi recueilli, dans le service de M. le docteur André, plusieurs observations de pneumonie, d'érysipèle, de rhumatisme, de variole, évoluant chez des femmes grosses. Deux malades nous ont particulièrement intéressé : elles ont eu une pleurésie, l'une au cinquième mois, l'autre au septième mois de leur grossesse.

Notre chef de service, des savantes leçons duquel nous

conserverons toujours un précieux souvenir, qu'il en reçoive ici nos remerciements, attira notre attention sur ces deux malades, et sur la rareté des cas analogues observés dans l'état gravidique. D'après ses avis, nous avons publié ces deux observations dans la *Gazette Médico-Chirurgicale de Toulouse.*

Nous avons dû, à cette occasion, nous livrer à quelques recherches ; nous avons trouvé quantité de mémoires et de thèses sur la tuberculose, la pneumonie, la bronchite évoluant pendant la grossesse, mais la question de la pleurésie gravidique est restée dans l'ombre. Peu d'auteurs se sont occupés de cette question, les documents sont rares, les observations peu nombreuses.

Tels sont les motifs qui nous ont décidé à prendre comme sujet de notre thèse inaugurale : *La Pleurésie dans la grossesse.*

Loin de nous l'idée de vouloir traiter au complet cett question, telle n'est pas notre ambition. Nous voulons simplement présenter un certain nombre d'observations, et de leur discussion nous espérons tirer quelques conclusions relatives à la fréquence, à l'étiologie, à la marche, à la gravité et au traitement de la pleurésie évoluant chez les femmes enceintes.

Fréquence et étiologie

La pleurésie chez les femmes enceintes est une maladie assez rare, c'est ce que tend à prouver le petit nombre d'observations réunies jusqu'à ce jour ; un court exposé à ce sujet nous paraît ici devoir trouver sa place.

Si nous passons en revue les divers traités d'accouchements et de maladies des femmes, nous n'en trouvons qu'un seul qui ait consacré un court chapitre à la pleurésie gravidique, c'est celui de Charpentier ; nous en extrayons le passage suivant : « Si la pneumonie est déjà une affection rare pendant la grossesse, il en est encore bien plus de même de la pleurésie, nous n'avons pu en recueillir que dix-huit observations. »

Dans leurs traités, Baudelocque et Colombat ne parlent seulement pas des maladies de l'appareil respiratoire pouvant survenir chez les femmes grosses. Capuron parle de la toux, mais simplement de la toux nerveuse et de l'avortement qu'elle provoque quelquefois.

Imbert, dans son *Traité des maladies des femmes*, signale la fréquence de la pneumonie pendant la grossesse ; de la pleurésie, il n'en dit pas un mot.

Madame Lachapelle donne bien une observation de pleurésie, mais il est nettement question d'une pleurésie accompagnant l'infection puerpérale.

Nous lisons dans Gardien, dans un chapitre intitulé : *Manière de considérer toutes les maladies qui surviennent à la suite des couches* : « La pleurésie et les autres affections organiques peuvent se déclarer peu d'heures après l'accouchement, au moment où le lait se rend aux mamelles, mais c'est une inflammation qui ne diffère pas des inflammations ordinaires. » Il continue en combattant l'idée d'une métastase laiteuse admise de son temps.

Dans Chailly-Honoré, nous ne trouvons rien de bien précis : « La femme enceinte, dit-il, n'est à l'abri d'aucune maladie, et soit qu'une affection ait précédé la grossesse ou se soit manifestée pendant son cours, cette affection constitue une complication fâcheuse. » Plus loin, il parle d'une *infiltration séreuse* des membres inférieurs, et plus rarement des membres supérieurs et des *cavités splanchniques*.

D'après Jacquemier, les femmes grosses ne sont pas prédisposées aux affections aiguës franches, il n'y a qu'un très-petit nombre d'exemples de pneumonies, de *pleurésies*, de rhumatismes, de fièvres typhoïdes.

Grisolle a bien, en 1848, publié un mémoire sur les complications survenant du côté de l'appareil respiratoire pendant la grossesse, mais il ne s'occupe guère que de la pneumonie qu'il cite comme rare ; il cite la pleurésie comme plus rare encore.

Cazeaux, Nœgelé parlent de la toux produite par la compression du poumon sur l'utérus gravide, et des dangers de cette toux pouvant amener l'avortement ; Cazeaux seul parle incidemment de congestion pulmonaire.

Churchill (il est vrai de dire que son livre est surtout un traité de chirurgie gynécologique), ne cite pas la pleurésie dans son chapitre où il traite des maladies de l'appareil respiratoire.

Dans le *Dictionnaire en 50 volumes de 1830*, on lit à l'article « grossesse » : « Il est fréquent que la toux soit le symptôme d'une affection catarrhale, ou d'une maladie de l'appareil respiratoire. » Comme on le voit, beaucoup de vague, rien de bien précis.

Stolz, dans son article « grossesse » du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, cite la pleurésie comme cause de dyspnée. Il parle « des épanchements dans les cavités pleurales, » mais rien de plus.

Après cette longue et fastidieuse énumération, nous arrivons enfin aux auteurs qui se sont occupés de la question qui nous intéresse; les observations recueillies n'étant pas bien nombreuses, comme nous l'avons déjà dit, nous les donnerons toutes à la fin de notre travail; nous en avons résumé un certain nombre dont nous n'avons noté que les points importants.

En 1842, Momeret publie, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une observation de pleurésie chez une femme enceinte de cinq mois,

En 1861, Bourgeois, dans un Mémoire couronné par l'Académie de Médecine : *De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse, sur la constitution et la santé de l'enfant*, ne cite qu'un seul cas de pleurésie.

Il nous faut ensuite arriver en 1875 pour trouver de nouveaux documents. Fischl (*prag. Vierteljahr*), nous donne trois observations de pleurésie gravidique. La même année, M. Duguet pratique une thoracentèse à l'hôpital

Beaujon, chez une femme enceinte de cinq mois et demi; et M. Chevallereau nous donne, dans la *France médicale*, une observation de pleurésie séro-fibrineuse survenant quelques jours après l'accouchement.

En 1876, M. le professeur Verneuil communique à la Société de chirurgie, une observation du docteur Vendrand, thoracentèse au 7e mois de la grossesse.

Un an plus tard, nous trouvons cinq observations de Léopold de Leipsig (*Arch. f. gyn.*) et un cas rapporté par M. le professeur Verneuil à la Société de chirurgie.

En 1878, dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Révillon publie un article et donne une observation de pleurésie pendant la grossesse.

Le docteur Baratgin en 1880 (*Thèse de Paris, n° 246*), nous donne deux nouvelles observations. Nous avons ensuite à noter un cas de M. Graux, un autre de M. le professeur Peter et deux observations inédites de M. Budin, citées par Charpentier. Disons enfin que, d'après M. Duguet, M. Dieulafoy aurait plusieurs fois pratiqué la thoracentèse chez des femmes enceintes.

A ces diverses observations, nous en joindrons deux qui nous sont personnelles et trois autres qui nous ont été communiquées, et qui sont complètement inédites.

Nous sommes parvenus à réunir vingt-cinq cas de pleurésie dans la grossesse, en y joignant deux cas de Budin et en portant à trois ceux de Dieulafoy. Comme nous l'avons dit, c'est bien peu, lorsqu'on songe que la pleurésie est une maladie si vulgaire et si banale.

Pourquoi la pleurésie, maladie si commune, est-elle si peu fréquemment notée dans le cours de la grossesse?

Serait-ce parce que les femmes enceintes s'exposent beaucoup moins que les autres aux causes pouvant amener la pleurésie et se plient aux règles d'une meilleure hygiène ?

Trouverons-nous une cause de cette rareté dans les modifications physiologiques que subit tout l'organisme de la femme au moment où se fait chez elle le travail qui doit donner naissance à un nouvel être ? dans ce nouvel état, la femme serait-elle moins apte à contracter la pleurésie ? Nous ne le croyons pas.

Nous ne sommes donc pas de l'avis du docteur Baratgin, qui soutient que c'est une affection rare, et explique cette rareté, en se basant sur les modifications que subissent et le sang et la circulation chez les femmes enceintes.

Nous admettons que la grossesse crée une véritable opportunité morbide pour la pneumonie, soit par la congestion dont le poumon est le siège, soit par l'excès de fibrine que l'on trouve dans le sang à partir du sixième mois ; mais, nous nous refusons à croire à une sorte d'immunité pour la pleurésie, immunité due « à l'inégale circulation dans l'état de grossesse des parenchymes et des séreuses. » L'explication est loin de nous paraître suffisante.

Nous croyons avec Stoltz (article « grossesse », du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*) que la femme grosse peut contracter des maladies aiguës comme une autre personne.

Si la pleurésie dans la grossesse est considérée comme rare, c'est que l'attention n'a pas été appelée de son côté, à cause du peu de gravité qu'elle présente généralement, et des dangers minimes auxquels elle expose et la mère et le fœtus.

Dans le cas où elle serait relativement plus rare dans

l'état de gravidité que dans l'état normal, ce qui serait à notre avis bien difficile à démontrer, nous n'admettrions que l'explication que nous avons donnée au début : les précautions que prendraient les femmes enceintes pour moins s'exposer aux influences étiologiques de la pleurésie.

Nous croyons donc que l'étiologie de la pleurésie gravidique est exactement la même que celle de la pleurésie en dehors de la grossesse. Nous dirons rapidement, sans nous étendre sur cette question, qu'elle peut naître quelquefois sans cause appréciable, qu'elle peut succéder à l'impression du froid, qu'elle peut être symptomatique d'une affection pulmonaire (tubercules, pneumonie, cancer du poumon, etc.,) ou bien encore survenir à la suite d'une violence extérieure ou par propagation de l'inflammation d'un organe voisin. Elle peut survenir dans le cours de certaines fièvres éruptives, du mal de Brigt, de l'infection purulente ; toutes causes dont l'effet peut se faire sentir dans l'état gravidique, tout aussi bien que dans l'état normal.

Marche de la Pleurésie gravidique.

Après avoir étudié la fréquence et l'étiologie de la pleurésie gravidique, nous croyons devoir consacrer un chapitre spécial à l'étude de la marche de la pleurésie, et surtout à

l'étude du liquide épanché, tant au point de vue de sa qualité que de sa quantité.

Nous ne nous attacherons pas à chercher à démontrer que dans la grossesse la pleurésie revêt une forme spéciale, soit par sa marche thermique, soit par les phénomènes qu'elle présente à l'auscultation, soit par les caractères de la toux.

Il faudrait pour le tenter avoir de très nombreuses observations, et nous croyons encore qu'à ce point de vue, on arriverait à un résultat tout à fait négatif. D'une statistique consciencieuse et nourrie, il résulterait, croyons-nous, que dans la grossesse, la pleurésie n'offre pas à l'auscultation la prédominance de tel ou tel signe, que le thermomètre ne donne pas une courbe spéciale, et que, comme dans la pleurésie vulgaire, nous avons toujours la toux sèche, quinteuse, sans expectoration.

Nous ne serons pas aussi réservé pour la dyspnée, la qualité de l'épanchement, son abondance et sa facile résorption. Ces quelques points nous fourniront certaines considérations.

Nous ne devons pas oublier que la grossesse modifie déjà profondément par elle-même les phénomènes de la respiration, que plus elle est avancée, plus la gêne respiratoire s'accentue (exception faite pour l'époque où la partie fœtale vient à s'engager), que, par le seul fait de la gravidité, la femme est dyspnéique.

Kuchenmeister, Fabius, Vintrich, Dohrn, ont voulu démontrer que si le diaphragme était remonté par l'utérus gravide, cette diminution du diamètre vertical était compensée par l'augmentation du diamètre de la base du thorax, et que, par conséquent, la capacité respiratoire ne dimi-

nuait pas pendant la grossesse. Nous ne nions pas ces changements de diamètre, mais nous croyons que l'augmentation de la base du thorax est insuffisante pour compenser la diminution produite par le refoulement du diaphragme. Nous sommes avec Tarnier et Chantreuil, avec Charpentier, qui prouvent que chez la femme enceinte le champ respiratoire est rétréci.

La femme grosse respirant déjà difficilement, si un épanchement abondant survient, comprimant le poumon déjà tassé dans la cage thoracique, la dyspnée devient extrême ; aussi ce symptôme est-il celui qui est le plus généralement noté dans nos observations ; chez une de ses malades (Obs. XVI), Léopold a compté jusqu'à quatre-vingt-huit respirations par minute ; combien nous sommes loin du chiffre physiologique !

Ajoutons, pour être complet, qu'à cette cause déjà suffisante de dyspnée se joignent et le point de côté et l'état fébrile.

Quelle est la nature de l'épanchement dans la pleurésie gravidique : est-il séro-fibrineux, est-il purulent ? En nous basant sur nos observations, nous pouvons répondre que dans la grossesse on ne cite aucune pleurésie purulente. Nous avons réuni avec impartialité tous les cas de pleurésie que nous avons pu trouver survenant dans ces conditions, et dans ces recherches, comme on le verra plus loin, nous n'avons pas éliminé les observations qui pourraient combattre quelques-uns des points que nous soutenons ; nous pouvons donc affirmer que jamais, à notre connaissance, la pleurésie n'a été purulente.

Cette non-purulence de la pleurésie est en contradiction avec les idées du professeur Verneuil, qui plusieurs fois,

dans la *Société de chirurgie*, a pris la parole pour démontrer la tendance pyogénique pendant la grossesse et la puerpéralité. Nous ne nous étendrons pas ici sur ces discussions, nous réservant d'y revenir plus tard, quand nous agiterons la question de la gravidité et du traumatisme en parlant de la thoracentèse.

Le professeur Lorrain avait sur ce point les mêmes idées que M. Verneuil ; suivant lui, la femme enceinte est dans une certaine mesure comparable à la femme en couches, par sa tendance à faire du pus. Révillon, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux*, de 1878, nous raconte qu'à l'appui de sa thèse, Lorrain fit passer devan lui au speculum toutes les femmes enceintes de son service de la Pitié, pour montrer que toutes présentaient d'une façon plus ou moins accentuée une leucorrhée purulente, qu'il considérait comme résultant directement de la grossesse.

Nous pouvons trouver dans la composition du sang de la femme grosse une explication de cette tendance générale à la purulence. Chez les femmes enceintes, en effet, la proportion des globules blancs est notablement augmentée dans le sang. Elles ressemblent dans une certaine mesure aux enfants, chez lesquels les organes lymphoïdes sont très-actifs et qui fabriquent des globules blancs en abondance, aussi, chez eux, les pleurésies deviennent souvent purulentes et le sont même quelquefois d'emblée.

Cette explication de la tendance à la purulence ne nous paraît pas être d'une rigueur complète, nous la donnons cependant, en faisant nos réserves sur la valeur que nous lui accordons.

Malgré cette tendance pyogénique marquée, la pleurésie chez la femme grosse n'a jamais été purulente ; pourquoi ?

Nous ne chercherons pas à l'expliquer, nous le constatons simplement.

Dans nos observations, nous citons vingt cas de pleurésies qui toutes ont affecté la marche de la pleurésie séro-fibrineuse ; jamais nous n'avons eu l'état général grave, l'œdème des parois thoraciques qui caractérisent la forme purulente. Toutes se sont terminées heureusement, qu'on les ait traitées par des émissions sanguines, des vésicatoires ou la thoracentèse. Dans les cinq thoracentèses citées, le liquide écoulé a été franchement séro-fibrineux.

A l'appui de l'opinion que nous soutenons, nous pouvons citer les deux cas de Budin, les cas du professeur Dieulafoy, qui dit avoir plusieurs fois pratiqué la thoracentèse chez les femmes grosses, sans jamais avoir eu d'accidents, et, enfin, deux observations que nous donnons plus loin, Obs. XVI et XX, où la pleurésie ayant débuté pendant la grossesse, s'est continuée sans purulence durant les suites de couches.

En réunissant et en comparant les diverses observations jointes à notre travail, nous avons été frappé de deux faits : l'abondance de l'épanchement, sa facile résorption.

L'épanchement a été souvent très-abondant, et cela est hors de doute, nous n'avons qu'à citer les sept cas dans lesquels la thoracentèse a dû être pratiquée. Nous y ajouterons une des malades de Léopold, et celle de M. Labat, chez laquelle l'avortement fut la conséquence de la quantité de liquide épanché.

A part un ou deux cas, dans lesquels la pleurésie a continué dans les suites de couches, l'épanchement s'est résorbé avec une assez grande rapidité ; c'est ainsi que dans

l'observation XVI le liquide disparaît presque complètement en un jour, juste au moment où on allait pratiquer la thoracentèse.

Comment expliquer cette abondance de liquide séro-fibrineux? Comment expliquer sa facile résorption?

Nous avons cru trouver la clef de ces deux faits dans les modifications du sang et des fonctions circulatoires pendant la grossesse.

« Chez toute femme grosse, dit M. le professeur Peter, le fait primordial, logique et nécessaire pour la nutrition du nouvel être (fait dont profite la femme grosse, comme la femelle pleine qui alors engraisse), le fait primordial, logique, nécessaire, c'est l'augmentation de la masse du sang, c'est la polyémie. »

La femme enceinte faisant de l'hématose pour deux, la masse du sang en circulation s'accroît, l'activité circulatoire augmente, nous en trouvons la preuve dans l'hypertrophie du ventricule gauche qui accompagne la grossesse.

Nous avons de l'hypoglobulie chez la femme enceinte, mais cette hypoglobulie est compensée par l'augmentation de la masse sanguine, par la polyémie et la circulation plus vive et plus active dont nous avons parlé.

La circulation étant plus active qu'à l'état normal, la plèvre elle-même se trouve plus abondamment irriguée et la pression sanguine intra-vasculaire est augmentée. Etant donné l'ictus devant produire un épanchement (impression du froid ou toute autre cause), l'épanchement aura de grandes chances pour devenir considérable.

C'est encore dans l'activité circulatoire de la plèvre, plus grande dans l'état de grossesse que dans l'état normal, que nous trouvons les conditions d'une résorption rapide et

facile. Quelles sont, en effet, les conditions de la résolution d'un épanchement? Une grande activité de la circulation et une riche vascularisation de la séreuse qui lui a donné naissance, ces conditions sont, croyons-nous, réalisées dans la pleurésie gravidique.

Avant de terminer ce chapitre, il nous paraît intéressant de rechercher le siège de la pleurésie chez la femme enceinte; nous trouvons que, parmi les vingt cas observés dans lesquels on a noté le siège de l'épanchement, elle a siégé neuf fois à gauche et que deux fois elle a été double.

Influence réciproque de la pleurésie sur la grossesse et de la grossesse sur la pleurésie.

Nous avons déjà établi, dans le premier chapitre, qu'il n'existait pas d'immunité morbide pour la femme enceinte, et qu'elle était apte à contracter les mêmes affections que hors de l'état de grossesse. N'oublions pas non plus qu'une grossesse peut évoluer chez une femme atteinte d'une affection diathésique héréditaire ou acquise.

Lorsqu'une maladie évolue chez une femme grosse, quelle est sa marche? Cette maladie est-elle influencée par

la grossesse, et réciproquement la grossesse influe-t-elle sur cette maladie?

Certaines maladies évoluant dans l'état gravidique méritent à peine d'être citées dans les complications de la grossesse, tant elles influent peu sur sa marche ; d'autres au contraire, parmi lesquelles nous citerons les fièvres éruptives. la fièvre typhoïde, la pneumonie, ont sur la grossesse l'influence la plus fâcheuse.

Il serait fort intéressant de passer en revue les rapports réciproques de la grossesse et des diverses affections soit aiguës, soit chroniques ; mais nous ne devons pas oublier que pour nous la pleurésie seule est en cause, nous nous permettrons cependant une légère incursion dans le domaine de la pneumonie.

Des faits nombreux semblent prouver que la pleurésie n'a qu'exceptionnellement une marche fâcheuse sur la grossesse. Il semble que cette affection devrait en entraver la marche, soit par la compression exercée par un épanchement souvent considérable sur l'utérus gravide, soit par les quintes de toux qu'elle provoque, les quintes de toux étant, de l'avis de tous les auteurs, une cause fréquente d'avortement.

La gêne respiratoire, admise par Châtelain et par Ricau comme cause d'avortement dans la pneumonie, doit trouver ici sa place. L'excès d'acide carbonique, accumulé dans le sang par la gêne respiratoire, met en jeu, comme l'a démontré Brown-Séquard, la contractilité utérine et tend, par conséquent, à provoquer l'avortement. Ce qui est vrai pour la pneumonie est vrai aussi pour la pleurésie ; dans l'une comme dans l'autre affection, le champ de l'hématose est considérablement diminué, la dyspnée est intense.

Ce pronostic fâcheux, que nous avons déduit de l'état dans lequel se trouve une pleurétique grosse, est loin de se réaliser.

Nous avons réuni environ vingt-cinq cas de pleurésie dans la grossesse, dans aucun des cas nous n'avons à enregistrer la mort de la mère. Trois fois, il est vrai, la mort du fœtus en a été la conséquence (Obs. IV, V, VIII) ; mais chez ces malades l'épanchement était considérable, et M. Labat n'hésite pas à dire (Obs. IV) : « La thoracentèse, pratiquée à propos, aurait sans doute empêché l'avortement. »

Dans l'observation V la pleurésie était diaphragmatique, et il n'est pas étonnant que le hoquet persistant ait eu une grande influence, et même ait été la cause efficiente de l'avortement par les secousses violentes qu'il imprimait au diaphragme.

Dans les observations XV et XVI (Léopold), l'accouchement a dû être provoqué, l'enfant a vécu ; mais aussi dans quelles conditions se trouvaient les malades : l'une était rachitique, avait un épanchement pleurétique double, et de plus elle était tourmentée par une toux continuelle et opiniâtre ; c'est d'ailleurs ce qui décida Léopold à provoquer l'accouchement. L'autre était cachectique et fortement dyspnéique.

Si nous dressons le bilan de la pleurésie gravidique, nous trouvons vingt-cinq observations environ (nous nous croyons autorisé à porter au nombre de trois les cas de Dieulafoy). Plusieurs relatent des pleurésies graves, et cependant jamais la mère n'a succombé et nous n'avons que trois avortements, dont un s'explique du reste par le siège de la maladie.

Bien plus sombre est le pronostic de la pneumonie ; cette affection entraîne presque fatalement l'avortement, et les femmes succombent dans des proportions considérables. Dans les trois derniers mois, on peut dire que l'avortement ne souffre pas d'exception. Combien la pleurésie est relativement plus bénigne ; toutes nos observations sont prises dans les quatre derniers mois, certaines même de ces pleurésies subsistaient au moment de l'accouchement, trois fois seulement nous notons la mort du fœtus.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'influence de la pleurésie sur la grossesse, influence qui, hors certains cas, nous paraît bien bénigne. Il nous resterait à dire quelques mots de l'influence de la grossesse sur la pleurésie ; cette question a été, nous le croyons, suffisamment traitée quand nous avons parlé de l'épanchement de sa nature, de sa quantité et de sa facile résorption.

Nous avons oublié cependant de signaler un fait : on n'a jamais noté l'abaissement du foie. Ce non abaissement tient à la grossesse, il s'explique par la réplétion abdominale qui empêche ce viscère de se laisser déplacer. Comme conséquence nous devons avoir dans la pleurésie gauche, et le fait a été noté, un déplacement plus considérable du médiastin et de la pointe du cœur.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour terminer ce chapitre, que de citer quelques lignes de la thèse du docteur Raymond, elles seront notre conclusion : « La pleurésie, au dire de Léopold, qui fournit dans son mémoire cinq observations personnelles, et rappelle trois faits de Fischl, la pleurésie, au cours de la grossesse, a une issue favorable, et d'un autre côté l'évolution de la grossesse

n'est pas sensiblement modifiée par la maladie intercurrente.

« Ce qu'il importe de noter c'est que, dans aucun des cas, la pleurésie n'a été purulente, et que rien dans l'évolution ne paraît avoir été modifié. »

« La pleurésie développée seule, sans bronchite concomitante particulièrement intense, serait donc sans action sur la grossesse, et de même, la grossesse sans action sur la pleurésie. »

« Les maladies aiguës, a dit Hippocrate dans ses aphorismes, sont mortelles chez les femmes enceintes. » Si cette sentence trouve un appui dans la pneumonie et dans un certain nombre d'autres maladies, elle ne saurait, nous devons le dire malgré tout le respect que nous inspire la parole du père de la médecine, trouver une confirmation dans la pleurésie, qui se montre bénigne dans la grossesse, tant au point de vue de sa marche qu'au point de vue de ses résultats.

TRAITEMENT

La question du traitement de la pleurésie dans la grossesse va nous tenir quelque temps, c'est un des points les plus importants du sujet que nous traitons. Nous aurons à nous arrêter un peu longuement, à propos de la thoracentèse, sur l'opportunité des opérations chirurgicales pendant la grossesse.

Nous devons cependant nous souvenir que le traitement de la pleurésie n'est pas seulement chirurgical, et que ce n'est que dans certains cas que l'on est autorisé à pratiquer une ponction évacuatrice. Nous parlerons donc du traitement médical de la pleurésie gravidique, avant d'aborder la question de la thoracentèse.

Nous croyons nécessaire avant d'entrer en matière d'exposer quelques opinions du professeur Peter, opinions que nous partageons du reste, et dont nous nous inspirerons pour le traitement.

La femme enceinte, dit-il dans ses cliniques, est anémique par qualité, pléthorique par quantité ; et un peu plus loin, nous citons textuellement les termes qu'il emploie :

« Ces anémiques-là ont des congestions, voire même des phlegmasies, qu'il importe de traiter plus rapidement et plus activement que d'autres en raison de l'activité et de la *rapidité* de leur processus, de traiter même et surtout

par la méthode anti-phlogistique, mais proportionnée à l'état actuel de l'organisme et de leur sang. »

Raymond, dans sa thèse d'agrégation, que nous avons consultée bien souvent, nous dit en parlant du traitement des maladies de la grossesse : « La plupart des états morbides aigus engendrés par la grossesse devront être traités par la méthode anti-phlogistique, bien entendu ceux qui sont déterminés par un état congestif évident. » Nous croyons pouvoir être du même avis pour les états morbides aigus engendrés dans la grossesse.

Nous appuyant sur ces données et sur les opinions de ces deux savants professeurs, nous allons passer en revue les divers traitements médicaux.

Emissions sanguines. — Les émissions sanguines doivent-elles être employées dans la pleurésie survenant chez une femme enceinte? ou bien doit-on proscrire ce mode de traitement, considérant, à cause de son hypoglobulie, la femme grosse comme anémique « parce qu'il n'y a que 111 globules au lieu de 127. Ce serait puéril. » (Peter). Certainement non, et dans le cas d'une pleurésie aiguë franchement inflammatoire, nous n'hésiterions pas, au début chez une femme bien constituée et jouissant d'une bonne santé générale, à appliquer quelques ventouses scarifiées.

Ce traitement, nous l'avons vu employer plusieurs fois au début de la pleurésie ordinaire; toujours il a donné d'excellents résultats. Par le fait de sa grossesse, la femme n'est pas tellement en dehors des conditions physiologiques normales, qu'on ne puisse chez elle employer ce traitement.

Monneret (Obs. VI) traita sa malade par la saignée et les ventouses scarifiées. Léopold (Obs. XIV et XV) a employé les sangsues et en a obtenu d'heureux effets.

Vésicatoires. — Les vésicatoires sont journellement employés et rendent de grands services à la thérapeutique, bien souvent, ils reviennent dans nos observations lorsqu'il est question du traitement ; dans presque tous les cas, ils ont été employés seuls, ou bien pour venir en aide à la thoracentèse, qui n'avait pas évacué tout le liquide contenu dans la plèvre.

Que faut-il penser de ce mode de traitement? Nous sommes d'avis que les vésicatoires doivent être employés, mais avec prudence. Il faut se souvenir que chez la femme enceinte les reins sont souvent malades, ou qu'ils ont une tendance marquée à le devenir. Il faut donc, avant de les employer, analyser soigneusement les urines, et même dans le cas où elles ne contiendraient pas un excès d'albumine, saupoudrer de camphre les vésicatoires pour éviter l'effet de la cantharidine sur les reins.

Diurétiques. — Les diurétiques hâtent et activent la résorption des exsudats, ils sont nettement indiqués dans la pleurésie. Nous les emploierons dans les mêmes conditions que les vésicatoires, nous souvenant que leur effet se porte principalement sur les reins dont ils activent la sécrétion. Nous donnerons la préférence à la digitale, qui, à sa qualité de diurétique, joint celle d'être un anti-pyrétique puissant. Dans le cas où les reins auraient subi quelque altération, nous mettrons nos malades au régime lacté.

Régime. — Tant que l'appareil fébrile domine, tant que la température est élevée, nous croyons la diète de rigueur ; mais dès que l'état de la malade commence à s'améliorer, nous devons nous souvenir, avec Raymond, que : « Ce qui domine chez la femme enceinte, c'est la surabondance de vie, non pas de vie active, mais de vie passive. Il y a, qu'on

nous passe l'expression, pléthore vitale avec faible dépense personnelle, le fœtus se chargeant de cette dépense dont la mère fait les frais. » Nous sommes donc d'avis, dès que leur état le permet, d'alimenter nos malades légèrement au début pour arriver progressivement à une alimentation tonique et substantielle.

Thoracentèse. — Nous sommes en présence d'un épanchement considérable chez une femme fortement dyspnéique, dont la dyspnée est encore augmentée par la compression qu'exerce l'utérus gravide sur le diaphragme et médiatement sur les poumons. Les traitements divers dont nous avons parlé n'ont pas donné de résultats, ou bien l'état est tellement grave, qu'une intervention produisant un résultat immédiat est devenue nécessaire. Devant ce cas urgent, il nous reste la thoracentèse.

La thoracentèse est une opération chirurgicale; les opérations chirurgicales, les traumatismes ont-ils une influence sur la grossesse, et, réciproquement, la grossesse a-t-elle une influence sur les traumatismes? De nos jours se sont élevées, au sein de l'Académie de Médecine, de grandes discussions sur l'opportunité des opérations chirurgicales pendant la grossesse, et sur la tendance à la purulence pendant la grossesse et pendant la puerpéralité.

« Tous les chirurgiens, dit M. le professeur Verneuil, ont vu la grossesse évoluer sans incident notable, en dépit de blessures même très graves et malgré la coexistence d'affections chirurgicales fort sérieuses. Tous, nous avons vu ces blessures, ces affections suivre chez la femme enceinte leur marche naturelle. Nous ne savons pas encore pourquoi les choses se passent tantôt ainsi, tantôt autrement, mais nous le constatons. Gardons-nous, toutefois, d'en devenir

optimistes et de nous départir de cette réserve prudente qui nous commande de considérer la femme enceinte comme un *noli me tangere*, sauf les cas d'urgence extrême. »

Dans un travail soumis à la discussion au Congrès de Genève, M. le professeur Verneuil a proposé la classification suivante pour les affections chirurgicales qui sont de nature à être influencées par la grossesse et réciproquement :

1° Affections menaçant immédiatement la vie de la mère et contre lesquelles la thérapeutique ordinaire serait certainement ou presque certainement impuissante. — Dans cette classe sont rangées les *asphyxies* ou *suffocations de nature mécanique*. Nous rentrons, on le voit, dans les indications de la thoracentèse. L'urgence n'est point discutable, il faut opérer sans souci du gravidisme.

2° Affections compromettant à coup sûr la vie maternelle ou fœtale, mais à échéance plus ou moins éloignée.

3° Affections que le gravidisme n'influence pas et qui, réciproquement, n'influencent pas le gravidisme.

4° Affections permanentes plus ou moins anciennes qu'on retrouve dans le même état avant, pendant et après la grossesse, et qui ne troublent ni la gestation, ni l'accouchement.

M. Verneuil tire ensuite de son travail un certain nombre de conclusions que nous ne saurions toutes reproduire. Elles s'éloignent un peu de notre sujet, car nous ne devons pas oublier que nous n'avons à nous occuper que de la pleurésie. Nous ne citerons donc que celles qui peuvent nous intéresser.

Les blessures accidentelles ou chirurgicales, *depuis les*

plus minimes jusqu'aux plus sérieuses, peuvent troubler la gestation de plusieurs manières : en provoquant l'avortement ou l'accouchement anticipé, en faisant périr la mère avec ou sans l'enfant, avant ou après l'enfant.

Certaines blessures chirurgicales (nous y faisons rentrer la thoracentèse) deviennent salutaires et nécessaires pour combattre diverses affections qui, abandonnées à elles-mêmes, seraient beaucoup plus dangereuses encore.

La grossesse peut aggraver diverses affections non traumatiques, de façon à rendre urgentes des opérations que dans l'état de vacuité on aurait pu éviter ou ajourner.

L'intervention chirurgicale n'est point interdite pendant la grossesse, mais elle est soumise à des règles particulières. On ne doit agir chez la femme enceinte qu'avec la plus grande réserve, et parfois refuser absolument l'opération ; mais s'abstenir systématiquement dans tous les cas serait également une faute grave.

M. Guéniot n'est pas tout à fait de l'opinion de M. Verneuil.

Pour lui, « l'innocuité et la nocivité du traumatisme ne sont soumises à aucune loi. »

« Le traumatisme, quelle que soit sa forme et son intensité, ne nuit généralement pas à la grossesse quand il n'existe aucune disposition morbide antérieure, c'est-à-dire quand la femme est saine, l'utérus sain, l'œuf sain. »

« Cette règle, toutefois, comporte trois exceptions ; ainsi le traumatisme entrave le cours de la grossesse :

» Quand il intéresse un point de la zone génitale, surtout s'il est prolongé et répété ;

» Quand, quel que soit son siège, il provoque une hémorrhagie brusque et abondante ;

» Quand il se complique d'états inflammatoires : érysipèle, phlegmon, angioleucite. »

Dans ses conclusions, M. Guéniot parle de la zone génitale : pour lui, elle est limitée au conduit vulvo-utérin et à la région périnéale ; pour M. Tarnier, elle s'étend de l'ombilic au bout des pieds ; M. Lefort y comprend, en outre, la région mammaire.

Cet exposé de la discussion de la grossesse et du traumatisme légitime la thoracentèse dans la grossesse. Un épanchement considérable est un de ces cas d'urgence extrême dont parle M. Verneuil, et, pour M. Guéniot, nous sommes en dehors de la zone génitale, quelque étendue qu'on la comprenne.

La thoracentèse est d'ailleurs légitimée par les résultats qu'elle produit ; elle a été pratiquée plusieurs fois dans la grossesse, et nous en donnons cinq observations ; l'évacuation du liquide a toujours amené une grande amélioration dans l'état général, jamais il n'y a eu de purulence.

La thoracentèse a même été pratiquée immédiatement après l'accouchement, par M. Graux et par M. Duguet. Nous donnons l'observation (Obs. XX) dans laquelle M. Graux raconte l'histoire d'une malade à laquelle il a enlevé 40 litres de liquide au moyen de 15 ponctions aspiratrices. Malgré l'influence de l'état puerpéral et du traumatisme, ces pleurésies ne sont pas devenues purulentes.

M. Dieulafoy dit avoir plusieurs fois obtenu, par la ponction, la guérison complète et sans récidive de pleurésies survenues chez des femmes enceintes.

Devant de pareils résultats, il n'y a pas à hésiter un instant ; quand l'épanchement est considérable, la dyspnée intense, il faut pratiquer la thoracentèse, opération d'ailleurs rendue

fort peu grave, grâce à la perfection des instruments dont nous disposons et à la méthode antiseptique.

OBSERVATIONS

Parmi les observations que nous publions, deux sont personnelles, elles ont été recueillies dans le service de M. le docteur André, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Nous avons suivi avec soin les couches et les suites de couches de ces deux malades, et nous avons complété certains points en consultant les observations que prennent régulièrement les élèves sages-femmes (obs. recueillies par Mlles Bénétrix et Cazeneuve).

Une observation nous a été communiquée à Bordeaux par M. le professeur Pitres. Nous en devons deux autres à l'obligeance de M. le professeur Labat, de Toulouse; qu'il nous soit permis de leur en exprimer notre vive reconnaissance.

Si nous donnons ici, dans une thèse où nous nous occupons exclusivement de la pleurésie dans la grossesse, l'observation de M. Graux, c'est que la pleurésie, quoique se continuant dans les suites de couches, a certainement débuté au huitième mois de la gravidité.

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Pleurésie gauche à sept mois et demi de grossesse. — Thoracentèse. Guérison, plus tard fièvre typhoïde. Autopsie. — La nommée N... Marie, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 22 novembre 1882 ; elle est couchée au numéro 6 de la salle Saint-Joseph.

Le lendemain 23, à la visite, la malade est interrogée et examinée avec soin. Elle nous raconte qu'elle est bonne dans un hôtel, où elle a un travail très pénible, d'autant plus pénible pour elle, qu'elle est enceinte de sept mois et demi ; depuis deux jours elle a dû quitter tout travail, elle est très faible, très fatiguée, son faciès est pâle et amaigri ; la veille, elle a eu un léger frissonnement accompagné d'un point de côté à gauche ; de plus elle a une toux sèche, sans expectoration, pas d'antécédents pathologiqnes d'ailleurs.

Par la percussion de la poitrine, on constate un peu de matité ou plutôt de submatité à la base du poumon gauche ; à droite la sonorité est normale. La palpation ne donne pas de résultats appréciables. A l'auscultation on constate un frottement pleural très-léger siégeant à la base et des deux côtés. Pour compléter l'examen de la malade, on analyse les urines au point de vue de l'albumine, le résultat est négatif.

On ordonne des badigeonnages de teinture d'iode à la base du poumon gauche, on donne en outre à l'intérieur des boissons chaudes et une potion gommeuse avec 1 gr. 50 d'oxyde blanc d'antimoine. Comme régime alimentaire : bouillons et potages.

24 novembre. — L'état est à peu près le même que la veille, pas de fièvre, les phénomènes thoraciques ne paraissent pas s'être accentués. Même traitement, même régime.

25 novembre. — La percussion de la base du poumon gauche démontre une matité franchement liquidienne. Les vibrations tho-

raciques sont considérablement diminuées, le murmure vésiculaire ne s'entend presque plus ; et en faisant parler la malade, on constate de l'égophonie. Il y a un peu de submatité du côté droit, mais l'auscultation ne révèle aucun phénomène, si ce n'est que la respiration est un peu puérile. Etat complètement apyrétique. On ordonne un vésicatoire 12/15 à appliquer à gauche, et une potion avec 30 grammes de sirop diacode.

26 novembre. — L'état de la malade ne paraît pas s'être amélioré, on ne peut pas l'ausculter à cause de la douleur que lui fait éprouver le vésicatoire.

27 novembre. — La douleur locale éprouvée à la suite du vésicatoire étant moins vive, on peut percuter et ausculter ; le côté droit est complètement indemne, mais à gauche, la matité remonte jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'angle de l'omoplate, on trouve du reste, mais plus accentués que les jours précédents, tous les signes classiques d'un vaste épanchement. Le cœur ne paraît pas trop comprimé. Un peu de fièvre, toux sèche nerveuse, sans expectoration.

28 novembre. — L'épanchement pleurétique remonte encore plus haut que la veille. Excitation cardiaque, température élevée, dyspnée, pouls plein et très-fréquent. On donne 20 gouttes de teinture de digitale dans un julep gommeux.

(T. m. 37, 6, s. 38, 9. — P. m. 124, s. 144. — R. m. 48, s. 52).

29 novembre. — L'épanchement a encore fait des progrès. Matité absolue dans toute la région occupée par le poumon gauche, matité jusque sous la clavicule, absence complète du murmure vésiculaire dans toute la région correspondante. Le cœur est comprimé, dévié à droite et très-excité. Devant la gravité des symptômes, on décide que le lendemain on pratiquera la thoracentèse. On continue la potion de la veille. (T. m. 37, 9, s. 39, 1. — P. m. 120, s. 132. — R. m. 44, s. 42).

30 novembre. — Epanchement stationnaire, symptômes aussi accentués et aussi graves que la veille. Cœur comprimé et excité, dyspnée intense, malade couchée sur le côté gauche, sueurs froides. Rien d'anormal du côté de la gestation.

On n'hésite plus à pratiquer la thoracentèse ; le trocart de l'ap-

pareil de Dieulafoy est enfoncé au niveau du sixième espace intercostal gauche, suivant une ligne verticale descendant du sommet du creux axillaire ; on retire environ 1250 grammes de liquide citrin, séro-fibrineux. Le pouls se maintient bon durant toute la durée de l'opération, il n'y a pas de menace de syncope ; l'aspiration est suspendue dès que la malade commence à tousser.

L'opération terminée, en comparant les résultats donnés par la percussion et l'auscultation, aux résultats donnés précédemment, on calcule qu'il doit être resté dans la plèvre une quantité de liquide au moins égale à celle que l'on a retirée. — On supprime la teinture de digitale.

Les urines des 48 heures précédentes avaient été conservées, on a 1800 grammes d'urines concentrées, hémaphéiques.

Le soir à la contre-visite, la malade nous dit être très-soulagée, et se trouve beaucoup moins oppressée. (T. m. 37, 5, s. 38, 5. — P. m. 106, s. 120. = R. m. 44, s. 42).

1 décembre. — Epanchement au même point que la veille après la thoracentèse, dyspnée beaucoup moins intense que les jours précédents ; on entend le murmure vésiculaire dans les parties élevées du poumon gauche. Simple potion gommeuse diacodée. (T. m. 37, 3, s. 38, 1. — P. m. 103, s. 120. — R. m. 32, s. 35).

2 décembre. — On alimente la malade. (T. m. 36,5 s. 38, 1. — P. m. 96, s. 104. — R. m. 32, s. 35).

3 décembre. — Etat général très amélioré. La matité occupe cependant encore les 2/3 inférieurs du poumon gauche, à ce même niveau, on n'entend point la respiration. On se décide à pratiquer une seconde ponction pour évacuer le liquide, la malade s'y refuse. (T. m. 37, s. 37, 6. — P. m. 100, s. 102. — R. m. 33, s. 36).

4 décembre. — Les symptômes thoraciques ne s'amendant pas, et la malade se refusant énergiquement à une seconde thoracentèse, on ordonne un vésicatoire de 12/15 à placer à la base du poumon gauche. (T. m. 37, 1, s. 37, 6. — P. m. 104, s. 108. — R. m. 34, s. 34).

6 décembre. — La quantité de liquide épanché a sensiblement diminué, l'état général s'améliore. On donne des toniques et un

alimentation substantielle. La malade sent toujours remuer son enfant.

8 décembre. — L'épanchement continue à diminuer peu à peu. La malade se lève quatre ou cinq heures par jour.

12 décembre. — Nouveau vésicatoire pour hâter la résorption de l'exsudat restant.

15 décembre. — Il ne reste presque plus de liquide ; on entend la respiration dans les deux tiers supérieurs du poumon. A la base, frottement pleural, murmure vésiculaire effacé.

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux ; elle reprend ses forces, et le 23 décembre, elle demande à être évacuée à la Maternité, où nous sommes allé la voir deux fois avant la fin décembre. Nous avons pu constater que l'épanchement avait complètement disparu, et que c'est à peine s'il subsistait quelques adhérences pleurales à la base gauche.

Le 14 janvier, à neuf heures du soir, la malade, qui est primipare, ressent les premières douleurs, l'enfant se présentant en O. I. D. P. Après un travail de cinq heures, n'ayant présenté aucun accident, elle met au monde, le 15 janvier, un enfant de 3 kil. 455 gr. La mère nourrit elle-même son enfant pendant les huit premiers jours, et elle quitte la Maternité, complètement rétablie, le 25 janvier.

Deux mois plus tard, cette malade venait succomber dans nos salles à une fièvre typhoïde adynamique : à l'autopsie, outre les lésions classiques de la fièvre typhoïde, nous pûmes trouver de nombreuses adhérences pleurales de la base du poumon gauche.

OBSERVATION II (PERSONNELLE)

Pleurésie double chez une femme enceinte de cinq mois. — Traitement par les vésicatoires. Guérison. — La nommée Gr... (Rosa-Sabine), âgée de dix-sept ans, couturière, entre dans le service des fièvreuses, le 6 décembre 1882, elle est couchée au numéro 4.

Elle nous raconte qu'elle est malade depuis une dizaine de

jours : elle a ressenti un malaise général, a eu un point de côté et quelques frisonnements; elle tousse fort peu, ne crache point, mais elle éprouve une légère gêne de la respiration. Elle a été déjà soignée chez elle par un médecin de la ville, il lui a fait mettre deux vésicatoires du côté droit et en arrière.

Elle nous dit ensuite qu'elle est enceinte de cinq mois, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 4 juillet. Rien de particulier dans ses antécédents : depuis l'âge de quinze ans, époque de la première apparition des règles, elle a toujours été menstruée normalement ; elle a d'ailleurs une assez bonne constitution et a toujours joui d'une bonne santé ; point de tuberculeux dans sa famille. Elle ne peut pas nous expliquer la cause de sa maladie, elle n'a pas conscience d'avoir commis d'imprudences auxquelles on puisse l'attribuer.

Après l'interrogatoire de la malade, l'attention est naturellement portée du côté du thorax. Dans les deux tiers du poumon droit, on constate de la matité et l'absence complète du murmure vésiculaire, on ne perçoit plus de ce côté les vibrations thoraciques, la respiration est soufflante au niveau de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse du même côté. Matité, frottement pleural, vibrations thoraciques légèrement affaiblies à la base gauche, mais les lésions de ce côté ont fort peu d'étendue, un cinquième du poumon tout au plus, partout ailleurs la respiration est puérile. Les urines sont examinées, il n'y a point d'albumine.

On donne une potion gommeuse avec XV gouttes d'alcoolature d'aconit, et comme régime du bouillon et du lait. (T. m. 37,9, s. 37,4. — P. m. 102. s. 110. — R. m. 32. s. 34.)

Décembre, 7. — L'état général est à peu près le même, les phénomènes thoraciques ne se sont pas sensiblement modifiés, toux légère. Même régime alimentaire, et comme médication, on donne un looch avec deux grammes d'oxyde blanc d'antimoine (T. m. 37, s. 37,4. — P. 102. s. 110. — R. 28. s. 32.)

8. — Les lésions du côté gauche ont sensiblement augmenté. Il y a de ce côté un peu de liquide dans la plèvre ; à droite, l'état est stationnaire. (T. m. 37. s. 37,2. — P. m. 76. s. 80. — R. m. 28. s. 31.)

9. — L'état se maintient le même, aucune modification du côté de la plèvre. (T. m. 36,7. s. 37. — P. m. 92. s. 108. — R. m. 28. s. 32.)

10. — Etat général toujours excellent ; il n'y a plus de fièvre, mais le liquide a légèrement augmenté à gauche ; le côté droit est toujours pris dans les deux tiers inférieurs. On alimente la malade, on lui donne des toniques.

11. — Matité liquidienne aux deux bases, le niveau de cette matité ne paraissant pas varier depuis quelques jours, on prescrit deux vésicatoires ; de plus, on donne une potion gommeuse avec teinture de scille XX gouttes et teinture de digitale X gouttes. Avant l'application des vésicatoires, on mensure le thorax ; la malade étant assise, on mesure l'espace qui de chaque côté sépare le mamelon des apophyses épineuses dorsales, on obtient à gauche 36 centimètres, à droite 39 centimètres.

14. — Il ne reste plus qu'un peu de submatité à gauche, on entend le frottement pleural de retour : à droite, l'épanchement a diminué, son niveau supérieur atteint à peine l'angle inférieur de l'omoplate. Excellent état général, la malade se lève et a très bon appétit. On continue la potion à la scille et à la digitale, on donne des toniques.

Depuis ce jour, la malade va de mieux en mieux ; on active par quelques badigeonnages à la teinture d'iode la résorption de l'épanchement. Le murmure vésiculaire reparaît rapidement du côté gauche ; à droite, il reste quelque temps obscur, il est voilé par la persistance de fausses membranes.

Nous revoyons de nouveau attentivement la malade le 1er février, la respiration est redevenue normale des deux côtés ; la mensuration du thorax, faite dans les mêmes conditions que la première fois, donne 35 centimètres à gauche, 37 à droite, mais dans ces dimensions, il faut tenir compte de l'augmentation de volume des seins, augmentation due à la marche de la grossesse. La prédominence du côté droit sur le gauche, s'explique en s'appuyant sur ce fait anatomique, que le côté droit est généralement plus développé que le gauche.

Le 16 mars, lorsqu'on évacue la malade à la Maternité, il ne

reste plus trace de pleurésie, la grossesse suit son cours régulier, la mère sent remuer son enfant, et l'on perçoit très distinctement les bruits du cœur.

Le 26 mars, à six heures du matin, la malade ressent les premières douleurs, elle accouche sans accident, à six heures du soir, d'un enfant bien constitué, mesurant 51 centimètres de long et pesant 3,150 grammes.

Nous devons noter qu'au moment du travail, la malade présentait le début d'une éruption de variole, qui fut, du reste, fort discrète et dont elle guérit rapidement. L'enfant, moins heureux, succombait quelques jours après à une variole hémorrhagique.

OBSERVATION III (Résumée)

Communiquée par M. Pitres, professeur de clinique médicale, recueillie par M. Prioleau, interne du service.

Pleurésie séro-fibrineuse droite chez une femme enceinte de cinq mois. — Thoracentèse 2,100 c.c. de liquide. — Guérison. — Armande G., confiseuse, 32 ans, entrée à l'hôpital Saint-André le 26 février 1883, pour point de côté à droite et gêne respiratoire.

Réglée à 14 ans, mariée à 18 ans, 11 grossesses, dont 10 à terme. En octobre 1882, la malade devient de nouveau enceinte ; depuis cette époque, elle se plaint d'inappétence, de toux, d'amaigrissement, sans hémoptysie d'ailleurs ; elle dit aussi avoir éprouvé, à cette époque, de violents chagrins.

Cet état s'améliore pendant quelque temps, mais vers la fin de janvier 1883, elle prend froid, et le 1er février, des frissons et de de la fièvre l'obligent à quitter son travail. Trois jours après, point de côté à droite, toux sèche, anhélation, décubitus droit, au lieu de gauche qu'il est normalement. Le 28 février, elle entre à l'hôpital.

28 février. — La malade est enceinte de cinq mois et ne présente rien d'anormal du côté de la grossesse. L'appétit est faible,

le pouls est à 112. Signes thoraciques : en avant, matité étendue du bord inférieur de la clavicule à la sixième côte ; absence totale du murmure vésiculaire dans les inspirations faibles, souffle dans les inspirations fortes ; résonnance vocale claire et aigre. En arrière : matité étendue de l'épine de l'omoplate à la base du thorax ; signe du sou très-net, abolition des vibrations vocales, respiration soufflante, égophonie, pectoriloquie aphone. La respiration est à 40.

1er mars. — Etat sensiblement le même. La thoracentèse est pratiquée dans le neuvième espace intercostal, avec le trocart ordinaire et le siphon, sans aspirateur ni manomètre. L'écoulement dure neuf minutes et donne 2,100 centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux. Toux fréquente et douleur vive pendant la ponction.

Le pouls qui était à 108 avant l'opération tombe à 104, la respiration descend de 40 à 37. Bien qu'elle tousse beaucoup et expectore une grande quantité de liquide albumineux mélangé de mucus, la malade est très-soulagée.

2 mars. — Examen du thorax. En avant : sonorité demi-tympanique au sommet droit, respiration plus forte qu'à gauche. Entre la quatrième et la sixième côte, respiration faible, sans souffle, résonnance vocale sans égophonie. En arrière : matité moins étendue, signes sthétoscopiques moins accusés que la veille. — Toux, expectoration peu abondante.

6 mars. — Signes physiques à peu près normaux en avant et à droite. En arrière, signes normaux jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'angle de l'omoplate ; de ce point, jusqu'à la base du thorax, matité, vibrations presque nulles, respiration faible ; signe du sou très peu marqué. — Broncho-égophonie à la base seulement.

14 mars. — La malade s'est levée sans fatigue. L'examen du poumon droit montre que l'épanchement continue à se résoudre lentement. La grossesse suit son cours régulier.

OBSERVATION IV

Communiquée par M. le professeur Labat.

Pleurésie gauche au sixième mois. — Avortement. Guérison. — J'ai vu une femme avorter à six mois, à la suite d'un pleurésie gauche avec épanchement très-abondant, déplacement du cœur, etc.; on la porta à l'hôpital pendant qu'elle avortait. Elle guérit; sa dyspnée diminua immédiatement après l'expulsion du fœtus. La thoracentèse faite à propos aurait sans doute empêché l'avortement.

OBSERVATION V

Communiquée par M. le professeur Labat.

Pleurésie diaphragmatique à 7 mois. — Accouchement prématuré. — J'ai vu une autre femme accoucher prématurément à 7 mois, pendant le cours d'une pleurésie diaphragmatique qui avait amené une dypsnée très pénible et un hoquet persistant. La pleurésie ne guérit qu'incomplètement, je perdis la femme de vue, je crois qu'elle devint phthisique.

OBSERVATION VI (Résumée de Monneret)

Pleurésie gauche chez une femme enceinte de cinq mois. — Epanchement moyen. — Guérison. — Femme de 21 ans, enceinte de cinq mois, ressentant un point de côté à gauche de la poitrine, avec expectoration sanguinolente; saignée de quatre palettes avant l'entrée à l'hopital.

Le jour de l'entrée, matité dans toute la base du poumon gauche jusqu'au dessus de l'angle de l'omoplate, affaiblissement de la respiration, égophonie. — Saignée de trois palettes, ventouses scarifiées, diète.

Les phénomènes vont s'amendant peu à peu, et, quinze ou dix-

huit jours après le début de la maladie, l'épanchement a complètement disparu.

Nous copions textuellement dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1861, l'observation suivante, de Bourgeois.

OBSERVATION VII.

Pleurésie droite au sixième mois. — Avortement. Guérison. — Nous n'avons eu qu'un seul cas de pleurésie simple chez une femme enceinte de six mois. C'était une femme de bonne constitution ; elle était au sixième mois de sa grossesse ; elle fut prise de la maladie à la suite d'un refroidissement subit, le corps étant couvert de sueur ; il y eut un épanchement assez considérable dans la plèvre du côté droit. L'avortement eut lieu le cinquième jour de la maladie et l'enfant vint mort-né. La femme courut de grands dangers ; elle guérit néanmoins.

OBSERVATION VIII (Résumée Fischl).

Pleurésie droite, huitième mois. — Dyspnée intense. Guérison spontanée. Accouchement normal. — A..., 41 ans, a eu plusieurs grossesses heureuses et se trouve au huitième mois de sa grossesse actuelle. Bons antécédents. Depuis huit jours, point de côté, inappétence, malaise. Le 18 janvier au soir, dyspnée violente (50 R.).

L'examen du thorax montre une matité absolue à droite, depuis la sixième côte jusqu'à la base ; souffle bronchique et égophonie.

La matité s'élève et, le 30 janvier, atteint la quatrième côte. Ce jour-là, la malade a plusieurs violents accès de dyspnée avec cyanose, algidité des extrémités, collapsus imminent faisant craindre une issue fatale.

Au bout de quelques jours, cet état s'amende, et un mois après, le 3 mars, la malade accouchait normalement.

Fin mars. — La malade nourrit son enfant, elle tousse encore un peu, quelques frottements à la base du poumon, état général excellent.

OBSERVATION IX (Résumée Fischl).

Pleurésie droite, grossesse de six mois. — Guérison. — X..., 20 ans, trois enfants, bons antécédents ; depuis le commencement de février, elle se plaignait d'un point de côté à droite, de frissons légers, de fatigue et d'oppression.

Le 14 février, on trouve à l'examen du poumon droit une matité qui remonte jusqu'à la troisième côte ; abolition des vibrations et du murmure vésiculaire.

L'épanchement augmente les jours suivants, il s'élève en avant jusqu'à la première côte, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Le 8 mars, une rémission se fait et la malade marche vers la guérison.

Le 8 avril, la matité ne dépassait pas l'angle de l'omoplate et l'état général était parfait. La grossesse suit son cours.

OBSERVATION X (Résumée de Fischl)

Pleurésie droite au sixième mois. — Guérison. — X..., 35 ans, en est à sa sixième grossesse. Elle se plaint depuis un mois d'oppression et de faiblesse.

Epanchement pleurétique à droite, s'élevant en avant jusqu'à la quatrième côte, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. Cet état se prolonge quelques semaines et disparaît spontanément sur la fin de la grossesse.

Accouchement normal. Hémorrhagie profuse dans les suites. L'enfant meurt sevré trop tôt.

OBSERVATION XI (Duguet)

Pleurésie gauche. Grossesse de six mois et demi. — Thoracentèse. Guérison. — En 1875, à l'hôpital Beaujon, M. Duguet eut l'occasion de pratiquer la thoracentèse sur une femme âgée de 38 ans environ, enceinte de six mois et demi, atteinte d'un épanchement considérable du côté gauche, refoulant le cœur à droite, et qui guérit très bien sans récidive, à la suite de cette seule ponction.

OBSERVATION XII (Vendrand)

Pleurésie gauche au septième mois. — Epanchement considérable. Thoracentèse. Guérison. — Une femme de la campagne, vigoureuse, bien constituée et jouissant d'une santé excellente, fut prise, au septième mois de sa grossesse, d'une pleurésie gauche *à frigore*. L'épanchement siégeant à gauche remplissait toute la plèvre et gênait notablement la respiration. La thoracentèse fut pratiquée et donna issue à une grande quantité de liquide citrin. Le soulagement obtenu et les dangers de la suffocation écartés, on acheva la cure par les vésicatoires.

Deux mois plus tard, au terme naturel de la grossesse, la malade, d'ailleurs rétablie, accoucha d'un bel enfant.

OBSERVATION XIII (Léopold, résumée)

Pleurésie aiguë, gauche, au septième mois. — Guérison. — Femme de 32 ans contractant une pleurésie gauche dans le septième mois de sa cinquième grossesse. Frissons et point de côté, le 21 mai ; les phénomènes s'accentuent jusqu'au 2 juin ; à partir de cette époque, ils s'amendent graduellement et la malade entre en convalescence.

Le 2 août, la malade accouche normalement d'une fille en bonne santé et qui vit encore aujourd'hui.

OBSERVATION XIV (Résumée Léopold)

Pleurésie droite au sixième mois. — Guérison. — Femme de 28 ans qui a eu trois accouchements normaux. Le 22 juin point de côté à droite, accompagné de toux; fièvre intense, forte dyspnée (54, 39.8, 120), frottement pleurétique jusqu'au niveau de la quatrième côte.

Amélioration sensible par l'application de douze sangsues. Le 27 juin température normale, dyspnée cependant, elle a 40 respirations. Les jours suivants, grande amélioration; le 7 juillet tout symptôme du côté des organes thoraciques a disparu.

Pendant toute la durée de la maladie, les mouvements du fœtus étaient réguliers, l'accouchement n'est pas normal, la mère et l'enfant se portent bien.

OBSERVATION XV (Résumée Léopold)

Pleurésie double au sixième mois. — Femme rachitique. Guérison lente. — Mme T..., 32 ans, rachitique, scoliose dorsale et rétrécissement du bassin.

Bronchite aiguë dans le courant d'octobre, au début de novembre pleurésie aiguë à droite, caractérisée par une dyspnée intense (52 R.), frottements pleurétiques, matité remontant jusqu'à la quatrième côte, et silence respiratoire. Douze sangsues sont appliquées sans résultat.

En quelques jours l'état s'aggrave, dyspnée (56 R.), cyanose, sueurs froides, extrémités algides. Le 10 novembre seconde pleurésie à gauche, état alarmant; toniques, expectorants, morphine; à la suite de l'absorption de cet alcaloïde, la malade sent se ralentir les mouvements du fœtus, jusqu'alors très nets.

L'état s'améliore, et le 20 novembre, la fièvre, la matité et les frottements disparaissent. La bronchite passe à l'état chronique, le pouls reste rapide, les douleurs thoraciques reviennent parfois. Le 9 décembre, la malade commence à se lever et reprend quelques forces.

Une toux opiniâtre persiste, elle fut cause que les douleurs de l'enfantement débutèrent avant terme le 16 février. Le travail, préjudiciable à la fois à la mère et à l'enfant, fut abrégé par l'extraction. L'enfant, né asphyxié, fut rappelé à la vie et a vécu.

OBSERVATION XVI (Résumée Léopold)

Pleurésie chronique gauche au neuvième mois. — Femme cachectique. Accouchement provoqué. Guérison lente.

X..., âgée de 30 ans, anémique, trois grossesses antérieures. Au début d'octobre, c'est-à-dire à la fin du huitième mois, elle prit une pleurésie qui, faute de soins, empira à tel point que, le 18 octobre, l'exsudat s'élevait à gauche jusqu'à la deuxième côte. A droite, légère matité à la base et frottements pleuraux. Respiration fortement dyspnéique (88 R.). Etat général déplorable. L'utérus est incliné à droite, le fond à 5 cent. au-dessous du rebord costal; le col est dilaté de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Le lendemain l'état s'est aggravé : cyanose, sueurs froides, dépression complète; la malade reste sur son séant jour et nuit; constipation. La tête de l'enfant était déjà engagée : on introduit des bougies pour exciter les contractions. On essaie d'appliquer le forceps rendu intolérable par les douleurs qu'il provoque. Après quatre heures d'efforts, l'accouchement se termine par la naissance d'un enfant vivant.

Après l'accouchement, la malade se repose et la dyspnée est moindre. Les signes physiques persistent les mêmes jusqu'au 3 novembre. Le 12 novembre, l'exsudat est descendu au niveau de l'angle de l'omoplate. Le 15 décembre, il n'a plus que six centimètres de hauteur; les forces reviennent. En février, l'exsudat persiste encore; il a complètement disparu en septembre et en janvier de l'année suivante, la mère et l'enfant sont encore bien tants.

OBSERVATION XVII (Résumée Robert)

Pleurésie aiguë droite. — Grossesse. Guérison. — M... (Marie), 22 ans, bons antécédents deux grossesses antérieures.

Vers la fin janvier douleurs thoraciques à droite; le 7 février frissons, céphalalgie, malaise, la douleur s'accroît et s'accompagne de fièvre et de dyspnée ; le 15 février elle entre à l'hôpital.

On trouve, à l'examen, tous les signes d'un épanchement modéré à droite, qui reste stationnaire les jours suivants. Le 17 on applique un large vésicatoire, on dirait que sous son influence la production du liquide est augmentée.

Le 28, la ponction semblait indiquée et était imminente. Heureusement, la résolution se produit rapidement, et le lendemain le poumon est dégagé. La malade sort guérie le 7 février. La grossesse suit son cours.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

(Révillon. — *Gazette des Hôpitaux*, 1878, numéro 81).

Pleurésie gauche pendant la grossesse (*6 mois et demi*). Thoracentèse, guérison. — Femme de 30 ans, entrée le 5 juin, salle saint Jean, 22, alors enceinte de cinq mois et demi. Rien de particulier dans les commémoratifs.

5 juin. — Faiblesse générale, petits frissons irréguliers, état indécis. L'utérus offre un développement normal correspondant à la date indiquée de l'imprégnation, il remonte jusqu'à l'ombilic.

7 juin. — Gêne respiratoire, on reconnaît à la base gauche le début d'une pleurésie qui se développe rapidement malgré l'application d'un large vésicatoire.

13 juin. — L'épanchement s'élève jusque vers l'épine de l'omaplate, cœur refoulé à droite, dyspnée intense.

La thoracentèse est pratiquée séance tenante avec l'appareil de Potain, elle donne issue à plus d'un litre de liquide verdâtre, très-riche en fibrine.

Tout allait bien, lorsque le 16 une imprudence est commise, l'épanchement suit de nouveau une marche ascendante, un vésicatoire achève la guérison.

La grossesse poursuit son cours de la façon la plus normale.

OBSERVATION XIX (Résumée de Baratgin).

Grossesse de 7 mois. — Pleurésie aiguë droite. — Guérison. — J... Marie, 25 ans. Bons antécédents, première grossesse à 21 ans, marche régulière de la grossesse actuelle.

La malade entre à l'hôpital le 15 mars, la maladie a débuté cinq semaines auparavant par une forte bronchite; trois semaines après elle remarquait de l'amaigrissement, de l'inappétence, du malaise sans toux, et le 8 mars, elle avait un fort point de côté à droite avec fièvre. — Le 10, un grand vésicatoire est appliqué sur le côté droit, et 5 jours après la malade entre à l'hôpital.

15 mars. — Décubitus droit, céphalalgie, oppression. Ampliation thoracique à droite, abolition des vibrations thoraciques et matité absolue dans les deux tiers inférieurs du poumon droit; bruit skodique au sommet, rien à gauche.

L'utérus gravide de 7 mois remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on perçoit les bruits du cœur du fœtus. Régime lacté et diurétiques.

19 mars. — Un vésicatoire a été appliqué à droite, l'oppression a diminué.

22 mars. — L'égophonie a disparu en même temps que le murmure vésiculaire reparaît dans toute l'étendue du thorax.

La malade sort bientôt guérie et la grossesse continue son évolution normale.

L'observation suivante, communiquée par M. Graux à la société de Médecine de Paris dans la séance du 14 avril 1883, est tellement longue, que nous nous croyons autorisé à en résumer certaines parties.

OBSERVATION XX

Pleurésie droite à grand épanchement chez une femme en couches. — Quinze ponctions en deux mois. Guérison. — Le 25 février 1882, M. Graux est appelé par M. le docteur Avezou auprès de Madame G..... arrivée au terme d'une grossesse qui, normale au début, était sur la fin devenue fort pénible.

Troubles respiratoires, essouflement, point de côté datant d'un mois; symptômes mis par une sage-femme sur le compte de la grossesse.

Le docteur Avezou avait vu la malade seulement la veille 24, il avait constaté un épanchemeut pleurétique à droite, fait appliquer un large vésicatoire et donner des diurétiques.

Le 25 février, la malade est en travail, dans l'intervalle de deux douleurs, on constate une matité absolue avec résistance au doigt, jusque sous la clavicule droite, une voussure très-prononcée, une véritable orthopnée et l'absence complète de la respiration.

Thoracentèse urgente, embarras des deux médecins qui se décident pour l'expectation armée, voulant attendre la fin de l'accouchement et quelques jours encore s'il y avait un peu de mieux, de crainte de voir l'épanchement devenir purulent. Le travail paraissait en effet marcher régulièrement malgré la dyspnée, et contrairement à ce qu'on pouvait craindre il continua à évoluer normalement. L'accouchement était terminé sans aucune complication ou intervention en sept ou huit heures.

La déplétion abdominale atténue la dyspnée, mais trois ou quatre jours après, les phénomènes thoraciques reprennent leur gravité, et voici, le 2 mars, c'est-à-dire cinq jours après l'accouchement, quel était l'état de la malade.

Insomnie, orthopnée, toux pleurétique fréquente. Pas de fièvre ; pas de frissons. Matité et grande résistance au doigt, dans toute la hauteur du côté droit de la poitrine, en arrière comme en avant, et jusque sous la clavicule. Très-peu d'abaissement du foie. Refoulement du médiastin à gauche, matité complète en arrière du ster-

num, très-grande gêne de la déglutition, pointe du cœur déviée en dehors du mamelon. Voussure très-prononcée de la paroi thoracique, sans œdème. Silence absolu à l'auscultation, abolition des vibrations thoraciques ; la pectoriloquie aphone s'entend jusqu'au bas de l'épanchement.

Pouls filimorme, irrégulier, fuyant, témoignant d'une grande gêne du cœur. Il y a eu la veille et dans la nuit des sortes d'évanouissements, presque des syncopes.

Thoracentèse pratiquée avec l'appareil de Potain. Dans la crainte de voir l'épanchement devenir purulent sous l'influence du traumatisme, on emploie toutes les précautions antiseptiques.

Cette *première ponction, pratiquée le 2 mars,* donne issue à cinq litres d'un liquide citrin, légèrement rosé, d'excellente nature. L'évacuation est menée lentement, et la canule est retirée après le cinquième litre, bien que le liquide s'écoule encore à plein jet et que la malade ne ressente ni toux ni tiraillements.

Ici, afin de faire ressortir le chiffre énorme de cinq litres, il est bon de faire remarquer que Madame G. est de petite taille, mince et maigre.

Avant comme après l'opération, on a recherché avec soin l'état des poumons, ils sont absolument sains. Du reste, toujours bonne santé antérieure, aucun antécédent tuberculeux dans la famille. L'enfant, qui est né vigoureux, se porte fort bien.

Grand soulagement après la ponction, surtout les trois premiers jours ; mais le quatrième la dyspnée reparaît, dès le cinquième jour, signes d'un épanchement aussi abondant que le premier. Aucun frisson, aucun accès fébrile.

On attend quelques jours avant d'intervenir de nouveau ; mais le 13 mars, les évanouissements ayant reparu, le pouls étant redevenu filiforme et irrégulier, on pratique une deuxième ponction qui donne issue à cinq litres de liquide analogue au premier.

Même résultat qu'après la première ponction, bien-être pendant cinq jours, au bout desquels l'épanchement paraît redevenu aussi abondant ; pendant les six jours qui suivent, mauvais état de la malade.

Le 24 mars, troisième ponction qui donne quatre litres et demi

de liquide. Même liquide ; même bien-être qu'après les deux autres ponctions.

Le 3 avril, quatrième ponction devenue nécessaire : quatre litres et demi de liquide semblable au précédent.

Ainsi en trente jours, quatre ponctions ayant produit 19 litres de sérosité.

En raison de l'amélioration sensible éprouvée par la malade, les trois ou quatre jours suivant les ponctions, on se décide à pratiquer dorénavant une ponction tous les deux jours.

En conséquence, le 5 avril la malade n'éprouvant que peu de dyspnée, cinquième ponction qui donne deux litres et demi d'un liquide, qui présente le même aspect. Cette fois, la ponction est interrompue, la malade ressentant pendant l'évacuation des tiraillements qu'elle n'a pas encore éprouvés.

Le 7 avril, sixième ponction, un litre et demi de liquide très-rose, très-fibrineux. Aucun frisson, aucun symptôme fébrile entre les ponctions, l'état général s'est franchement amélioré depuis les ponctions répétées. Le cœur bat de nouveau à sa place ; la respiration s'entend dans les deux tiers supérieurs de la poitrine en arrière; la matité est encore complète dans le tiers inférieur. Un peu de sonorité sous la clavicule.

Le 9 avril, matité dans plus de la moité inférieure de la poitrine : septième ponction, deux litres de liquide ; l'écoulement est arrêté bien que le liquide sorte encore à plein jet.

Le 11 avril, très-bon état général, amélioration très-sensible de l'état local. Huitième ponction : après qu'il s'est écoulé deux litres, le trocart est retiré, bien qu'il reste encore du liquide dans la plèvre.

Le liquide est rosé comme à l'ordinaire, mais le surlendemain, après deux jours de repos, le sérum a laissé déposer un mince filet de pus au fond de la rainure du bocal.

Le 13 avril, consultation avec MM. les docteurs Moutard-Martin et Féréol. La sonorité est bonne dans les deux tiers supérieurs de la poitrine, la respiration s'entend à ce niveau, souffle et matité dans le tiers inférieur seulement ; état général excellent. Quantité de liquide évaluée à un litre.

Une ponction aspiratoire est pratiquée immédiatement; elle donne issue à 850 grammes d'un liquide louche, qui par le repos forme un dépôt purulent bien plus abondant que le dernier.

M. Moutard-Martin porte un pronostic favorable et engage à continuer les ponctions, persuadé qu'elles suffiront et que l'épanchement ne deviendra pas purulent.

Le 15 avril: il y a eu la veille un petit accès fébrile; très-bon état général. La ponction est ajournée.

Le 18 avril (cinq jours après la dernière thoracentèse), la mamade mange beaucoup et reprend ses forces. La matité a notablement augmenté, elle occupe la moitié environ de la poitrine. Dixième ponction aspiratrice, trois litres; le liquide, par le repos, laisse toujours déposer du pus.

22 avril. Bon état général, appétit. La matité s'élève jusqu'à l'angle de l'omoplate; onzième ponction, un litre trois quarts, même liquide. On reprend les diurétiques et les résulsifs cutanés essayés au début; il est arrêté que tous les deux jours on fera une vaste cautérisation ponctuée avec le thermo-cautère.

27 avril. Mêmes signes physiques. Douzième ponction, 1,250 grammes d'un liquide moins trouble que celui de la dernière opération. Bon état général, appétit, sommeil, la malade commence à se lever.

4 mai. Le liquide de la dernière ponction n'a presque pas déposé de pus. Mêmes symptômes locaux. Matité jusqu'à l'angle de l'omoplate. Treizième ponction, un litre et demi. Liquide rose, séreux, complètement limpide.

11 mai. Quatorzième ponction, un litre.

Enfin, le 22 mai, quinzième et dernière ponction donnant issue à 900 grammes de liquide citrin.

Les pointes de feu sont continuées tous les deux jours, pendant près d'un mois.

Depuis lors, l'état général s'améliora progressivement. Quant à l'état local, on trouva pendant un certain temps de l'obscurité, du

son et de la faiblesse du murmure vésiculaire, dans le tiers inférieur du poumon droit. Aujourd'hui, la respiration est pure à ce niveau, il n'y a pas de frottement ; pas de rétraction de la paroi thoracique. Il n'y a aucun signe de tuberculose et l'état général est excellent.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La pleurésie est une maladie qui a été rarement observée dans le courant de la grossesse.

2° Dans la pleurésie gravidique, l'épanchement est souvent considérable, mais il se résorbe rapidement.

3° On n'a jamais observé d'épanchement purulent.

4° La pleurésie à marche ordinaire ne paraît pas avoir une grande influence sur la gestation.

5° La pleurésie diaphragmatique et la pleurésie qui s'accompagne de bronchite, peuvent entraîner l'avortement.

6° Le pronostic est rendu plus grave par un épanchement considérable ou un épanchement double.

7° La thoracentèse pratiquée dans la gestation, n'est suivie d'aucun accident fâcheux.

Vu et approuvé,
Le Doyen,
D. DENUCÉ.

Vu : Bon à imprimer,
Le président de la Thèse,
MOUSSOUS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MONNERET — *Gazette des Hôpitaux*, 1840

BOURGEOIS. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1861.

CHEVALLEREAU — *France Médicale*, 1875.

FISCHL. — *Prag. Vierteljarhr*, 1875.

LÉOPOLD. — *Arch. für Gynéc*, 1877.

RÉVILLON. — *Gazette des Hôpitaux*, 1878.

RAYMOND — *Thèse d'agrég. Paris*, 1880.

BARATGIN. — *Thèse de doct. Paris*, 1880.

GUÉNIOT — *Société de chirurgie*, 1876-77.

VERNEUIL — *Société de chirurgie*, 1876-77.

GRAUX. — *Union Médicale*, 1883.

PETER. — *Leçons de Clinique médicale.*

CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements.*

TARNIER ET CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouchements.*

FLEETWOOD CHURCHILL. — *Maladies des femmes* trad Leblond.

STOLTZ. — Art. « grossesse » du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques.*

Consulter en outre la pathologie de la grossesse dans les divers traités classiques d'accouchements.

IMPRIMERIE VIALELLE ET C. RUE TRIPIÈRE, 9.

QUESTIONS DE THESE

Anatomie. — De la moelle épinière.

Physiologie. — De la sécrétion des larmes et des voies qu'elles parcourent pour arriver à l'extérieur.

Chimie. — Amides en général : principaux amides jouant un rôle en physiologie animale et en physiologie végétale.

Histoire naturelle. — De la notion d'espèce en histoire naturelle.

Pathologie externe. — Les tumeurs blanches en général.

Pathologie interne. — Des nécrobioses.

Pathologie générale — De la maladie locale, de la maladie générale.

Histologie et anatomie générale. — Appareil respiratoire.

Anatomie pathologique. — Lésions de nutrition des faisceaux primitifs musculaires.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de désarticulation de la hanche.

Pharmacologie. — Des alcoolatures.

Matière médicale. — De la sangsue au point de vue de l'histoire naturelle médicale.

Thérapeutique. — La médication antispasmodique, sa division par produits naturels.

Hygiène. — Des quarantaines.

Médecine légale. — Des signes de la mort.

Accouchements. — De la procidence du cordon ombilical.